GARANTIA SEGUROS

GARANTIA SAÚDE

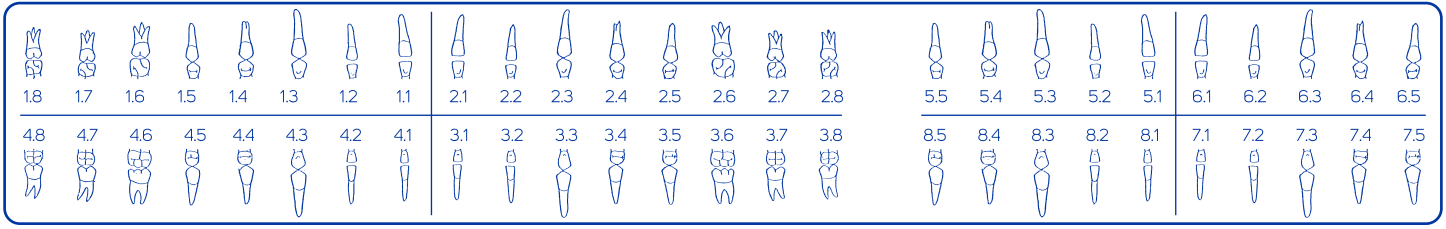
Estomatologia - Tratamentos

(Anexar ao pedido de Reembolso de Despesas Médicas)

Nº Cartão | Nº Cliente | Data D D M M A A A A

Nome do Cliente

Nome do Médico | Nº Cédula Profissional



TRATAMENTOS / PRÓTESES

ICD 10	Acto Médico - Descrição	Códigos		Valor ($)
		Dente	Acto(Médico)	

Os tratamentos / próteses resultaram de acidente? ☐ N ☐ S

Em caso afirmativo, por favor preencher Formulário de Informações Adicionais.

Total

É a primeira colocação de prótese? ☐ N ☐ S (Data colocação da última Prótese?)

ENVIAR, POR FAVOR, PARA E-MAIL: garantiasaude@garantia.cv

GARANTIA Companhia de Seguros de Cabo Verde, S.A.
NIF: 200110322
Sede: Chã de Areia
C.P. 138 - Praia, Cabo Verde

Email: garantiasaude@garantia.cv
Tel. : (+238) 260 86 07 - Fax: (+238) 261 61 17
www.garantia.cv